

Solicitud de asistencia financiera **Número(s) de cuenta(s) del paciente: ____________________**

Importante: *es posible que pueda recibir atención gratuita o con descuento.*
Al completar esta solicitud ayudará a NorthShore University HealthSystem (NorthShore) a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. En caso de no tener seguro, no se requerirá de un número de seguro social para calificar para la atención gratuita o con descuento. Sin embargo, sí se requiere de un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de seguro social, aunque esto ayudará a NorthShore a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario lo antes posible después de la fecha de servicio para que NorthShore determine su elegibilidad para recibir asistencia financiera. NorthShore aceptará su solicitud hasta 240 días después de obtener el primer estado de cuenta de la atención.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar a NorthShore a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

INSTRUCCIONES: COMPLETE LA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN.				
INFORMACIÓN DEL APLICANTE				
Dirección de correo electrónico				Tamaño de la familia (Incl. Pt.)
Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	N.º seguro social
Dirección	N.º de apartamento	Ciudad	Estado	Teléfono del hogar
Nombre del empleado		Dirección del empleado		Teléfono celular
Ciudad del empleado	Estado	Código postal	Ingreso mensual bruto	Teléfono del trabajo
Raza (Opcional)	Etnia (Opcional)	Género (Opcional)	Idioma Preferido (Opcional)	
CÓNYUGE/GARANTE O PADRE(S) DE MENOR (SI APLICA)				
Dirección			Parentesco con paciente	Fecha de nacimiento
Apellido(s)	Nombre		Inicial del segundo nombre	N.º seguro social
Dirección	N.º de apartamento	Ciudad	Estado / Código postal	Teléfono del hogar
Nombre del empleado		Dirección del empleado		Teléfono celular
Ciudad del empleado	Estado	Código postal	Ingreso mensual bruto	Teléfono del trabajo

Elegibilidad presunta:

Los pacientes **sin seguro** que demuestren uno de los criterios de elegibilidad presunta que se enumeran a continuación de forma individual o mediante los beneficios proporcionados a su familia son automáticamente elegibles para recibir ***atención gratuita*** y ***no se solicitará prueba de ingresos***. Verificamos la elegibilidad electrónicamente cuando sea posible, pero cabe la posibilidad de que necesitemos que nos ayude a demostrar su elegibilidad.

Marque todas las que correspondan:

- ☐ WIC: EL PROGRAMA ESPECIAL DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA PARA MUJERES, BEBÉS Y NIÑOS
- ☐ LIHEAP: EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA ENERGÍA DE HOGARES DE BAJOS RECURSOS
- ☐ SNAP
- ☐ PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA COMUNITARIA
- ☐ ALMUERZO Y DESAYUNO GRATIS EN ILLINOIS
- ☐ SUBSIDIO DE AYUDA PARA SERVICIOS MÉDICOS
- ☐ ENCARCELADO
- ☐ TANF: ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS
- ☐ SIN HOGAR
- ☐ BANCARROTA PERSONAL (CASO #__________ FECHA DE BAJA________)
- ☐ FALLECIDO SIN AFILIACIÓN
- ☐ AFILIACIÓN A ORDEN RELIGIOSA Y VOTO DE POBREZA
- ☐ ELEGIBILIDAD DE MEDICAID, PERO NO EN LA FECHA DEL SERVICIO O PARA EL SERVICIO NO CUBIERTO
- ☐ PROGRAMA DE APOYO PARA VIVIENDAS DE ALQUILER DE LA AUTORIDAD DE DESARROLLO DE VIVIENDAS DE ILLINOIS
- ☐ DISCAPACIDAD MENTAL SIN NADIE QUE ACTÚE EN NOMBRE DEL PACIENTE



Solicitud de asistencia financiera **Número(s) de cuenta(s) del paciente: ____________________**

**** Si demuestra su elegibilidad presunta, no es necesario que proporcione ninguna información sobre ingresos. Sin embargo, debe firmar la Certificación del Solicitante en la siguiente página.**

Información de ingresos:

Proporcione los documentos solicitados a continuación (cuando corresponda). Su solicitud puede retrasarse o denegarse en caso de que alguno de los documentos requeridos no esté incluido.

Se debe proporcionar la siguiente documentación del solicitante, del cónyuge o pareja del solicitante, o en caso de que el solicitante o paciente sea menor de edad, del padre o tutor. Si no puede proporcionar documentación relacionada con sus ingresos, complete la carta de apoyo en la última página de esta solicitud.

Si tiene empleo:
- Copia de su declaración de impuestos del año anterior
- Copias de los dos recibos de pago más recientes
- Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas de cheques, ahorros y cooperativas de crédito

Si trabaja por cuenta propia:
- Copia de su declaración de impuestos del año anterior
- Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas de cheques, ahorros y cooperativas de crédito

Si está desempleado:
- Copia de su declaración de impuestos del año anterior
- Copia de su carta de concesión de desempleo que enumera el monto de su beneficio
- Una carta de su empleador anterior con la fecha de terminación
- Una carta de confirmación de apoyo (carta completa en la última página de esta solicitud)

Si es estudiante de tiempo completo:
- Comprobante de inscripción en la universidad (incluida una carta de la universidad que muestre su estado de tiempo completo, documentación financiera o de matrícula)

Si está jubilado o discapacitado:
- Copia de su declaración de impuestos del año anterior (si corresponde)
- Copia de su carta de concesión más reciente de la Administración del Seguro Social que indique el monto del beneficio mensual
- Copias de los dos estados de cuenta más recientes de todas las cuentas de cheques, ahorros y cooperativas de crédito

Prueba de otros ingresos no salariales:
Proporcione la siguiente información si corresponde a su situación financiera:
- Carta de manutención del cónyuge o hijos
- Ingresos de propiedad de alquiler
- Renta de bienes inmobiliarios
- Cualquier otra fuente de ingresos no mencionada anteriormente

Información de la familia y hogar:

Número de personas en la familia u hogar	
Número de personas que dependen del solicitante	
Edades de los dependientes del solicitante	

Otra información:

Si tiene documentos adicionales que puedan ayudar a NorthShore a tomar una determinación con respecto a su solicitud, como grandes facturas pendientes que mostrarían dificultades financieras, proporcione esos documentos (por ejemplo: facturas de teléfono, facturas de electricidad, facturas médicas, estados de cuenta bancarios o de cheques, etc.)



Solicitud de asistencia financiera **Número(s) de cuenta(s) del paciente:** ____________________

Certificación de aplicación:

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura de NorthShore. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por NorthShore, y autorizo a NorthShore a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, si proporciono información falsa en esta solicitud intencionalmente, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser revertida y seré responsable del pago de la factura de NorthShore.

Firma del solicitante: ____ Fecha: ________________________

Envíe las solicitudes llenas vía	**¿Necesita ayuda? Podemos ayudarle.**
Correo postal: NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services (Servicios Financieros para el Paciente) P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877 **Fax:** (847) 982-6957 **En persona:** Entregue al asesor financiero del hospital, acudiendo al área principal de registro del hospital.	**Llame al (847) 570-5000** **o consulte a un asesor financiero del hospital, acudiendo al área principal de registro del hospital**
Para el Swedish Hospital: **Correo postal:** Swedish Hospital Financial Service Center (Centro de Servicios Financieros) 5145 N. California Ave. Chicago, IL 60625 **Fax:** (773) 878-3838 **En persona:** Entregue al asesor financiero del hospital visitando el Centro de Servicios Financieros.	**Para el Swedish Hospital:** **Llame al (773) 989-3841** **Reúnase con un asesor financiero del hospital visitando el Centro de Servicios Financieros.**
Las quejas o inquietudes con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera del hospital se pueden informar a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois al 1-877-305-5145 o Illinoisattorneygeneral.gov.	



Solicitud de asistencia financiera **Número(s) de cuenta(s) del paciente: ____________________**

Declaración de alojamiento y alimentación/Carta de confirmación de apoyo

Este formulario debe ser completado por la persona que proporciona alojamiento y comida y solo debe ser completado para el solicitante si vive con alguien que no sea su cónyuge legal.

Actualmente proporciono alojamiento y alimentación a ___________________________
(Nombre en letra de imprenta)

La dirección donde se proporciona alojamiento y alimentación es
____
____

Proporciono una asignación monetaria de $ __________________ por semana/mes (encierre en un círculo la que corresponda)

Otro apoyo (explique) ____

Nombre y dirección de la persona que brinda apoyo (en letra de imprenta)

Nombre: _______________________________________

Dirección: _______________________________________

____

Teléfono celular: ________________________________

Firma del solicitante: _____________________________________ Fecha: __________

Firma de la persona que brinda apoyo: ______________________ Fecha: __________